NOTIFICACIÓN Y FORMULARIO SUPLEMENTAL PARA SOLICITANTES DE INSCRIPCIÓN RÁPIDA

(COUNTY STAMP)

Fecha de la notificación: _____
Número de caso: _____
Nombre del trabajador de Medi-Cal: _____
Número del trabajador de Medi-Cal: _____
Teléfono del trabajador de Medi-Cal: _____
Horas de la oficina: _____
Notificación para: _____

La oficina de su condado local de Medi-Cal recibió una copia de la solicitud para recibir almuerzo en la escuela para _____. En esa solicitud, usted pidió que determináramos si su niño es elegible para beneficios de Medi-Cal. Basado en la información que nos proveeó:

❒ **Su niño fue determinado elegible temporalmente para beneficios de Medi-Cal.** Si su niño no tiene todavia una tarjeta de Identificación de Beneficios de California (BIC), usted pronto recibirá una tarjeta por correo. Su niño podrá utilizar la tarjeta inmediatamente para obtener servicios médicos. Esta elegibilidad temporaria durará hasta que la determinación de Medi-Cal se haya completado. Para determinar si su niño es elegible para que continúe recibiendo Medi-Cal, necesitamos que usted llene, firme y regrese este formulario.

❒ **Su niño no es elegible temporalmente para los beneficios de Medi-Cal. Es posible que él/ella sea elegible para Medi-Cal cuando toda la información haya sido revisada.** Para determinar si su niño es elegible para Medi-Cal, necesitamos que usted llene, firme, y regrese este formulario.

IMPORTANTE: Por favor conteste las preguntas de abajo y adjunte los documentos que sean necesarios. Por favor regrese esta información en el sobre de adjunto con el franqueo pagado antes del _____ o la elegibilidad de su niño para recibir los beneficios de Medi-Cal puede ser descontinuada o negada.

1. Si su niño tiene número de Seguro Social, por favor escríbalo aquí:_____-_____-_____
   (IMPORTANTE: Si su niño no tiene número de seguro social, usted puede solicitarlo ahora y proveerlo dentro de 60 días. Su niño puede ser elegible para recibir Medi-Cal con servicios de emergencia si él/ella no puede obtener un número de Seguro Social.)
2. ¿El niño es ciudadano o nacional de los Estados Unidos? ..... ❒ Sí ❒ No
   Si su respuesta es **NO**, por favor marque aquí si él/ella tiene un estado migratorio satisfactorio____ y escriba la fecha de entrada del niño a los Estados Unidos _____.
   (Adjunte documentación del estado migratorio de él/ella o un recibo del Departamento de Inmigración que indica que usted ha solicitado para reemplazar un documento perdido. Si usted no lo tiene ahora, mande el documento al domicilio que aparece arriba dentro de 30 días.)
3. ¿Usted quiere que Medi-Cal cubra gastos médicos que su niño haya tenido en los últimos tres meses? ..... ❒ Sí ❒ No
4. ¿El niño tiene otra aseguranza médica, dental o de la vista? ..... ❒ Sí ❒ No
   Si su respuesta es **SÍ**, por favor llene el formulario de adjunto "Cuestionario sobre el Seguro de Salud" (DHS 6155).
   (IMPORTANTE: Su niño puede ser elegible para Medi-Cal aún si él/ella tiene otra cobertura médica.)
5. ¿Hay alguien más en su familia interesado en solicitar para Medi-Cal? ..... ❒ Sí ❒ No

❒ Si usted paga por servicios para el cuidado de niños, mantenimiento de hijos, primas de seguro médico, o tiene gastos de negocio propio, mande una copia de sus pagos/gastos más recientes. Pruebas de estos gastos se pueden usar para reducir los ingresos que contamos para determinar elegibilidad de Medi-Cal. Es posible obtener deducciones adicionales si presenta una copia de sus talones de trabajo, compensación por lesiones de trabajo, o beneficios estatales por incapacidad.

❒ Otro: _____

Para preguntas o más información, por favor llame a su trabajador de Medi-Cal. Vea la información anotada arriba hacia la esquina derecha.

Declaración y Firma: Declaro, bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del Estado de California que las respuestas que he proporcionado en esta solicitud, declaraciones hechas, y los documentos proveidos son verdaderos y correctos a lo mejor de mi enteder y creencia. Declaro que he recibido, leído, y entiendo la información adjunta titulada "Información Importante para los Solicitantes de Medi-Cal."

Firma del padre/guardian **X**_____ Fecha _____

De acuerdo con el Código de Reglamentos de California, Título 22, Sección 50175, **si usted no cumple con regresar la información requerida y/o documento(s) o si la información y/o documentos que usted mande no verifican su elegibilidad, su solicitud para recibir Medi-Cal puede ser negada o su elegibilidad será descontinuada.**